Lane Medical Library

Die Syphilis der Speicheldrüsen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 15. MÄRZ 1898

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Ernst Koschel

aus Hannover.

OPPONENTEN:

Hr. cand. med. Bieling.
- Dd. med. Wuttig.
- cand. med. Weichert.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Linkstrasse 16.

Meinen lieben Eltern.

Die Speicheldrüsen (Glandula parotis, submaxillaris und sublingualis) sind der Sitz der mannigfachsten pathologischen Veränderungen. Abgesehen von den Verletzungen und den in ihrem Gefolge nicht ganz seltenen Speichelfisteln, abgesehen von den Retentionscysten und Konkrementbildungen im Bereiche der Ausführungsgänge, werden akute und chronische Entzündungen, infektiöse Granulationsgeschwülste und wirkliche Tumoren beobachtet. Besonders die letzten beiden Krankheitsgruppen interessieren uns in Bezug auf die syphilitischen Veränderungen der Parotis und der andern Speicheldrüsen. Die echten Tumoren sind hier verschiedensten Ursprungs; am häufigsten sind die Neubildungen bindegewebiger, beziehungsweise endothelialer Herkunft, und zwar kommt der bei weitem grösste Anteil an der Geschwulstbildung den Endothelien der Saftspalten zu, ein viel kleinerer den Endothelien der Lymphgefässe, während die Blutgefässe nur selten an dem Aufbau der Tumoren beteiligt sind. Die Sarkome, die ja auch zu den Geschwülsten bindegewebigen Ursprungs gehören, treten den ebengenannten Neubildungen gegenüber ganz in den Hintergrund. Allerdings ist die Scheidung zwischen den typischen endothelialen Tumoren und den echten Tumoren der Speicheldrüsen nicht immer ganz strikt durchzuführen; ihre nahe Verwandtschaft ergiebt sich z. B. schon daraus, dass die Recidive, Metastasen und Tochterknoten endothelialer Tumoren rein sarkomatösen Bau aufweisen können.

Unter 97 Tumoren der glandula submaxillaris, die Küttner aufführt, finden sich 64 endotheliale Geschwülste,

6 Sarkome, 3 Adenome?, 5 Carcinome und 19 unklare Fälle.

Man sieht aus dieser Zusammenstellung, dass die Neubildung epithilialer Herkunft bedeutend seltener sind, als diejenigen, welche der Bindegewebsgruppe angehören.

Was den Charakter der Speicheldrüsentumoren betrifft, so überwiegen an Zahl allerdings die gutartigen, doch kommt es nicht ganz selten vor, dass Geschwülste, die sich langsam entwickelten, plötzlich anfangen schnell zu wachsen, die benachbarten Gewebe durchbrechen und so einen malignen Charakter annehmen.

Bemerkenswert ist von den endothelialen Geschwülsten schliesslich noch, dass die nichtknorpelhaltigen einen ungleich höheren Prozentsatz an Malignität aufweisen, als diejenigen, welche Knorpelbestandteile enthalten.

Darüber, ob die Geschwülste der Parotis oder der Submaxillaris eine bessere Prognose bieten, sind die Angaben noch verschieden.

Ausser diesen wahren Neubildungen der Speicheldrüsen treten unter ähnlichem klinischen Bilde noch entzündliche Tumoren und infektiöse Granulationsgeschwülste auf. So erwähnt Küttner: In der glandula submaxillaris kommen grosse, durch chronisch entzündliche Prozesse bedingte Geschwulstbildungen vor, welche von echten Tumoren der Drüse schlechterdings nur unter Zuhilfenahme des Mikroskopes zu unterscheiden sind. Er selbst beschreibt zwei solcher entzündlicher, etwa apfelgrosser Tumoren, bei deren mikroskopischer Untersuchung sich keine Spur von wirklicher Geschwulstbildung nachweisen liess. Auffallend war eine hochgradige, kleinzellige Infiltration und Vermehrung des Bindegewebes. An denjenigen Stellen, wo der Prozess schon weit fortgeschritten war, fand man gar keine Drüsenläppchen mehr; die drüsigen Elemente waren zum grossen Teile zu Grunde gegangen, das Bindegewebe zwischen den Läppchen war sehr erheblich vermehrt. Die hochgradigen entzündlichen Veränderungen waren auch in allen die Drüse umgebenden Geweben nachweisbar. In beiden Fällen hatte

die Geschwulst Jahre zu ihrer Entwicklung gebraucht; ausgesprochen entzündliche Erscheinungen waren nie vorhanden gewesen. — Ueber ähnliche Affektionen an der Parotis habe ich in der Litteratur nichts finden können.

Auch die Tuberkulose lokalisiert sich nur sehr selten in den Speicheldrüsen, es sind bisher nur zwei Fälle von Tuberkulose der Parotis bekannt, auf die ich bei der Besprechung der Differentialdiagnose noch näher eingehen werde.

Relativ häufiger sind dagegen die syphilitischen Veränderungen der Speicheldrüsen, wenn allerdings auch hier die Beobachtungen spärlich sind. Und doch ist die genaue Kenntnis dieser Erkrankungen von grosser Bedeutung sowohl in diagnostischer, als auch in therapeutischer Hinsicht. Denn ob eine syphilitisch erkrankte Speicheldrüse ohne chirurgisches Eingreifen durch eine zweckmässige antisyphilitische Behandlung geheilt, oder ob sie exstirpiert wird, ist bei der Schwierigkeit dieser Operation und ihren eventuellen nachteiligen Folgen keineswegs gleichgültig.

Es dürfte daher nicht ohne Interesse sein, die bisher beschriebenen Fälle zusammenzustellen und auf ihre klinischen und sonstigen Merkmale zu untersuchen. Die spezielle Anregung dazu gab mir ein Fall von syphilitischer Erkrankung der Parotis, der im Frühjahr 1897 in der Universitätsklinik für Syphilis der Kgl. Charité zu Berlin beobachtet worden ist, und den mir Herr Professor Lesser zur Veröffentlichung gütigst überlassen hat.

Da der anatomische Bau der verschiedenen Speicheldrüsen fast vollständig übereinstimmt, und auch bei Erkrankungen die klinischen Erscheinungen ganz analoge sind, so wollen wir davon absehen, ob der Sitz der syphilitischen Veränderungen die Parotis, die Submaxillaris, die Sublingualis oder wie in einem von Neumann beschriebenen Falle die Blandin Nuhn'sche Drüse ist; wir werden die an allen diesen Drüsen gemachten Beobachtungen in Betracht ziehen.

Bevor ich auf die Litteratur eingehe, will ich den von mir beobachteten Krankheitsfall schildern.

Krankengeschichte:

Am 22. Februar 1897 sucht die 30jährige Näherin Ida K.... wegen einer eiternden Geschwulst in der linken Kniekehle die Kgl. Charité auf.

Anamnese: Der Vater der Patientin lebt und ist angeblich gesund. Die Mutter soll an Gehirnschlag gestorben sein. 3 Geschwister der Patientin leben und sind gesund. 4 Geschwister sind im Kindesalter gestorben aus Ursachen, die der Patientin unbekannt sind. Ein Bruder und der Vater der K. sollen eine eingesunkene Nase gehabt haben.

Was die Patientin anbetrifft, so will sie Kinderkrankheiten nicht durchgemacht haben. Die Menstruation ist bei ihr mit 12 Jahren eingetreten und war stets regelmässig. Im Jahre 1889 machte Patientin Diphterie durch, von welcher angeblich eine Stimmbandlähmung mit vollkommener Unfähigkeit zum Sprechen zurückblieb. Dieser Zustand besserte sich zwar, doch blieb die Sprache von da ab heiser.

Im Jahre 1889 hatte Patientin ein ausgetragenes Kind geboren, das tot zur Welt kam.

Die Anamnese in Bezug auf venerische Erkrankungen ergab folgende Daten:

Im Februar 1894 wurde die K. wegen eines Exanthems auf die Syphilisklinik der Charité aufgenommen und machte hier eine Spritzkur durch, sie wurde darauf geheilt entlassen.

Im Juni 1896 wurde sie wegen Geschwüren an den Geschlechtsteilen mit Sitzbädern, Jodoformgaze und Ausspülung in derselben Klinik behandelt.

Ueber eine Anschwellung der linken Wange, die am 31. Dezember 1896, und eine Anschwellung der linken Kniekehle, die am 2. Januar 1897 von der Patientin bemerkt wurde, soll weiter unten im Zusammenhang gesprochen werden.

Bei ihrer Aufnahme am 22 Februar 1897 zeigt Patientin folgenden Befund:

Status: Patientin ist ein 30jähriges Mädchen von gracilem Körperbau und mässiger Ernährung.

Der knorpelige Teil der Nase ist tief eingesunken (Sattelnase). Von dem septum narium ist nur eine kleine, etwa 1 cm breite vordere, nach rechts umgeknickte Brücke erhalten.

Der Mund kann nur sehr wenig geöffnet werden, so dass die Besichtigung des Rachens unmöglich ist. Die Sprache ist heiser.

Die genaue Untersuchung des Halses und der Nase, die erst 8 Wochen später vorgenommen wurde, ergab folgendes:

Sattelnase. In dem knorpeligen Teile des septums ist eine grosse Perforation vorhanden. Der obere Winkel ist mit dicken, grüngelben Borken besetzt, die nach beiden Seiten hin nach der mittleren Muschel hinüberreichen. Von dem vorderen, scharfen Rande der Perforation geht nach dem septum cutaneum zu auf der linken Seite eine 0,5 cm breite, geschwürige Fläche. Der Eingang in das rechte Nasenloch ist durch eine an seinem Boden hinziehende crista septi (der wahrscheinlich die Erhaltung des unteren Teiles der Nasenscheidewand zu danken ist) verengt. Auch hier sind die Ränder der Perforation geschwürig zerfallen. Die übrige Nasenschleimhaut bietet beiderseits den Habitus der atrophierenden Rhinitis. Das Gaumengewölbe zeigt unregelmässige Configuration durch narbige Verziehungen, die in der fossa supratonsillaris sinistra besonders ausgeprägt sind. Beide seitlichen Pharynxwände sind infiltriert, beim Schlingakt sieht man die beiden Mm. stylopharyngei strangförmig hervortreten. Durch die beiderseitige Infiltration tritt die hintere Pharynxwand nur als schmale Rinne zu Tage, in ihr ist reichlich Nasensekret angetrocknet.

Die uvula fehlt. Bei unvollständigem Verschlusse des isthums pharyngonasalis hat die Stimme einen nasalen Beiklang.

Die Kehlkopfuntersuchung ergiebt:

Parese des M. interarytaenoidus. Beide Stimmbänder sind leicht walzenförmig verdickt, die glottis vocalis lässt bei der Phonation im hintern Viertel ein gleichschenkliges Dreieck offen.

Am Tage darauf wurde die Untersuchung wiederholt: Nach Ausspülung mit lauwarmer Sodalösung entfernen sich eine grosse Menge Borken und man sieht, dass oberhalb der Perforation in der rechten Nasenhälfte eine Brücke zwischen septum und der mittleren Muschel besteht.

Drüsen: Die Inguinaldrüsen sind mässig geschwollen, am übrigen Körper sind keine deutlichen Drüsenschwellungen festzustellen.

Genitalien: Das linke labium minus ist hypertrophiert. Rechts neben der Clitoris finden sich 2 fast vernarbte Geschwüre.

Den eigentlichen Grund, weshalb sich Patientin hat aufnehmen lassen, bildet ein Geschwür in der linken Kniekehle und eine Anschwellung der linken Wange, deren Verlauf hier der besseren Uebersicht wegen gesondert beschrieben werden soll. Am 2. I. 1897 trat eine Schwellung der linken Kniekehle ein, die allmählich ohne besondere Schmerzen zunahm. Am 17. II. brach die Schwellung auf; aus der Oeffnung entleerte sich Eiter.

Am 22. Februar, dem Tage der Aufnahme, zeigt sich die Hinterfläche des linken Kniegelenks infiltriert, gerötet, auf Druck nicht empfindlich. In der Mitte der Kniebeuge befindet sich ein etwa 4 cm langes, 2,5 cm breites Geschwür mit glatten Rändern und schmierigem Grunde. Der Eiter ist von äusserst penetrantem Geruch.

Verordnung: Das Kniegelenk wird am Tage mit Burowschen Umschlägen, nachts mit Borvaseline verbunden, ausserdem bekommt die Patientin innerlich 3 mal täglich 1 Esslöffel Sol. kal. jodat. 6,0 : 200,0.

Am 1. IV. hat sich der Defekt in der linken Kniekehle bis auf einen federkieldicken Fistelgang, welcher noch die Muskelfascie erreicht, mit guten Granulationen

gefüllt. Unter Airolverbanden hat sich der Defekt bis zum 19. April bis auf eine strohhalmdicke Fistel vollkommen geschlossen. Die Patientin bleibt wegen dieser Fistel noch bis zum 21. Mai 1897 in der Anstalt. Zur gleichen Zeit wie die Schwellung in der linken Kniekehle war bei der Patientin am

31. XII. 1896 eine Schwellung der linken Wange aufgetreten. Dieselbe nahm allmählich zu und zeigte bei der Aufnahme folgenden Befund:

Die ganze linke Parotis ist geschwollen. Die Schwellung reicht nach oben bis zum Jochbogen, nach vorn bis zu einer sagittalen Linie durch den äusseren linken Augenwinkel, die hintere und untere Grenze entspricht den Rändern der mandibula. Der Raum zwischen musc. sternocleidomastoideus und aufsteigendem Kieferast, entsprechend dem hinteren Teile der Parotis ist nicht afficiert. Die vor dem Ohre gelegenen Teile der Geschwulst fühlen sich hart an, ihre Oberfläche ist höckerig. Die Geschwulst ist über dem Unterkieferknochen nur sehr wenig verschiebbar. Am Kieferwinkel besteht deutliche Fluktuation.

Der Mund kann nur so wenig geöffnet werden, dass er kaum für einen Finger durchgängig ist.

Druckempfindlichkeit der Geschwulst besteht nicht.

Am 24. Februar hat die Geschwulst an Ausdehnung noch etwas zugenommen, die Grenzen sind scharf zu fühlen. Die peripherischen Teile der Geschwulst fühlen sich hart an; über ihnen ist die Haut etwas verschieblich, während sie über der etwa wallnussgrossen, buckelförmigen Schwellung über dem Kieferwinkel, welche deutlich Fluktuationen zeigt, nicht verschieblich ist.

Aus dem Ausführungsgang der linken Parotis entleert sich auf Druck etwas Speichel.

Ueber der geschwellten Parotis sind keine Lymphdrüsen zu fühlen.

Verordnung: Auf die Geschwulst wird Unna's Guttaperchapflastermull c. Hydrargyro gelegt, ausserdem bekommt

die Patientin, wie schon oben erwähnt, Sol. kal. jodat. 6,0 : 200,0 innerlich dreimal täglich 1 Esslöffel.

Unter dieser Behandlung hat sich die Geschwulst bis zum 21. März erheblich verkleinert; besonders sind die peripherischen Teile fast ganz resorbiert, während die Stelle über dem Kieferwinkel zwar auch etwas verkleinert ist, aber noch deutlich hervorragt und fluktuiert.

Verordnung: Bedecken der Geschwulst mit Collemplastrum c. Hydrargyro (von Dietrich in Helfenberg).

Am 4. April sind Geschwulst und Fluktuation geschwunden. Es besteht jetzt nur noch in der Gegend des Unterkieferwinkels eine platte, etwa 2pfennigstückgrosse, derbe Schwiele, die zwar über dem Knochen verschiebbar, aber mit der Haut verwachsen ist. Der Mund kann wieder vollständig geöffnet werden.

Endstatus: 21. V. Der Befund an der linken Wange ist derselbe, wie am 4. April. Die Fistel in der linken Kniekehle ist fast verheilt.

Das Allgemeinbefinden ist gut.

Epikrisis.

Es handelt sich in dem vorliegenden Falle um eine Pat., die sicher an Syphilis gelitten hat; im Jahre 1894 ist sie wegen eines Ausschlages auf dem Körper mit einer Spritzkur erfolgreich behandelt worden, ausserdem geben der Hals- und Nasenbefund (die Sattelnase, die Perforation im knorpeligem Septum, die mit gelbgrünen Borken bedeckten geschwürigen Flächen) das Fehlen der uvula und die narbigen Verwachsungen im Gaumengewölbe zweifellose Beweise von Spätsyphilis.

Was die Anschwellungen in der Kniekehle und an der Wange betrifft, so handelte es sich sicher um Gummigeschwülste, die zum Teil schon in Zerfall übergegangen waren.

Die ganze Krankheitsdauer von der Infektion bis zum Auftreten der Parotisaffektion betrug nach der Anamnese mindestens 3 Jahre. Die Zeit, die zwischen dem Beginne

der Anschwellungen in der Kniekehle und dem Durchbruch derselben lag, war 6 Wochen. Die Parotisschwellung entwickelte sich bis zur grössten Ausdehnung in 8 bis 10 Wochen.

Die ganze Geschwulst, welche, wie die Fluktuation bewies, zum Teil schon erweicht war, bildete sich unter einer lokalen Quecksilberbehandlung und innerem Gebrauch von J. K. mit Hinterlassung einer derben Schwüle vollständig zurück. Bemerkenswert ist im Gegensatz zu nachher noch zu erwähnenden Fällen die vollständige Schmerzlosigkeit.

Alles in allem, so handelt es sich hier zweifellos um eine gummöse Erkrankung der glandula parotis im spätsyphilitischen Stadium.

Einen anderen Fall von spätsyphilitischer Affektion der Speicheldrüse, und zwar der glandula sublingualis, beschreibt Fournier:

Krankengeschichte:

Bei einem 30jährigen Manne hatte sich im Verlauf von 14 Tagen unter der rechten Zungenseite ein unzweifelhaft der glandula sublingualis angehöriger Tumor entwickelt. Derselbe war von fester Konsistenz, vollkommen indolent, scharf begrenzt, von ganz gesundem Gewebe umgeben, und stellte ohne Frage eine solide Neubildung, keine Cyste dar. Er war 4 cm lang, 1 cm breit und hatte ein breiteres und abgerundetes vorderes, und ein spitzeres hinteres Ende, welch letzteres sich bis in den hintersten, seitlichen Winkel des Mundhöhlenbodens erstreckt. Geringe Beschwerden beim Schlingakt; Sprache geniert, wie bei einer ranula mässiger Grösse; Allgemeinbefinden vollkommen gut. Per exclusionem kam Fournier zur Annahme einer tertiären, syphilitischen Infiltration (Pat. war 11 Jahre vorher an Syphilis behandelt, seitdem aber anscheinend gesund geblieben). Auf Gebrauch von J. K. nahm der Tumor rasch ab, und verschwand nach $^1/_4$ Jahr völlig. Neue

syphilitische Hauteruptionen im Laufe der nächsten Monate bestätigten die Diagnose.

Epikrisis: Auch hier handelte es sich um einen Fall, bei dem frühere Syphilis sich anamnestisch nachweisen liess. Die Geschwulst war wie in dem vorigen Falle hart, von scharfen Rändern begrenzt, zeigte allerdings keinen Zerfall. Fournier hatte es auch selbst nicht entschieden, ob es sich nur um eine einfache Hyperplasie oder um eine gummöse Infiltration handelte. Jedenfalls ist es nach der Anamnese, dem Verlauf und der Heilung durch J. K. erwiesen, dass in der glandula sublingualis spätsyphilitische Geschwülste vorkommen. Von subjektiven Beschwerden war hier Behinderung beim Sprechen und Schlingen zu bemerken; die Geschwulst war auch in diesem Falle völlig schmerzlos. Die Krankheitsdauer von der Infektion an betrug 11 Jahre, die Entwicklung der Geschwulst bis zur grössten Ausdehnung nahm einige Wochen, die völlige Rückbildung 3 Monate in Anspruch. Mit Bezugnahme auf diesen Fall berichtet Verneuil über eine analoge eigene Beobachtung, welche die linke glandula sublingualis eines vierzigjährigen Mannes betraf. Verneuil war damals nicht im Stande, eine bestimmte Diagnose zu stellen, jedoch war es ihm unzweifelhaft, dass nach der exakten und jede Kritik ausschliessenden Beobachtung Fourniers das Vorkommen einer spätsyphilitischen Entartung der Glandula sublingualis zugelassen werden muss.

Bestätigt wird diese Beobachtung der beiden genannten Autoren durch den nächsten von Neumann beschriebenen Fall von gummöser und ulceröser Affektion, der noch dadurch besonders interessant ist, dass bei den Patienten auch die Blandin-Nuhnsche Drüse, die bekanntlich im Fleische der Zunge beiderseits von der Mittellinie, nahe an der Zungenspitze liegt, in derselben Weise ergriffen war.

Krankengeschichte.

M. B., aufgenommen am 16. Dezember 1893. Krankheitsdauer 4 Jahre. Die Kranke, die bereits vom April bis Juni 1888 mit Papeln ad genitale, Leukoderma, plaques

muqueuses der Mundhöhle, an der Klinik mit 30 Einreibungen behandelt worden war, seitdem auch zu Anfange des Jahres 1893 wegen eines Hautgummi am rechten Knie in Behandlung gestanden (I. K. innerlich und 20 Injektionen), zeigte bei ihrer Spitalsaufnahme am 16. XII. 1893 folgenden Befund: Genitale frei, kein Exanthem, kein Leukoderma. Cervikaldrüsen nicht vergrössert. Im Munde bemerkt man linkerseits einen haselnussgrossen, derben, scharf umschriebenen Knoten, der die untere Zungenfläche etwas vorwölbt; das Epithel fehlt an einzelnen Stellen über dem Knoten. An Stelle der Caruncula sublingualis und der Basis des Zungenbändchens befindet sich ein über bohnengrosses, ovales Geschwür von etwa 1 cm langem frontalen und $^1/_3$ cm langem sagittalen Durchmesser, mit infiltrierten livide geröteten, überhängenden, mehrere Millimeter weit unterminierten Rändern. Die Basis des Geschwüres ist mit einem graugelben, sehr fest haftenden Belage versehen: aus dem Geschwüre sickert klare Flüssigkeit (Speichel). Die beiden zwischen Zunge und den unteren Zähnen am Boden der Mundhöhle verlaufenden Schleimhautwülste erscheinen geschwellt, dunkelgerötet, infiltriert. Schwellung, Rötung und Infiltration sind namentlich auf der rechten Seite beträchtlich, woselbst eine haselnussgrosse, derbe, auf Druck mässig empfindliche Geschwulst durchzufühlen ist, die mit der Schleimhaut innig verwachsen erscheint, und ihrer Lage, gleichwie der Form nach der glandula sublingualis entspricht. Es besteht keine Sprachstörung, dagegen Schmerzhaftigkeit beim Kau- und Schlingakte; die Kranke wird dazu noch durch die sehr erhebliche Salivation belästigt; die während eines Tages gesammelte Speichelmenge betrug 260 ccm (die normale Menge beträgt bekanntlich ad maximum 150 ccm).

Die Patientin erhielt vom 18. XII. ab Asparaginquecksilberinjektionen in gewöhnlicher Weise, und zwar wurde dieses Präparat wegen seiner raschen Resorption sehr geeignet befunden; es zeigte auch der Harn schon nach

2 Injektionen deutlichen Quecksilbergehalt, ebenso der Speichel.

Unter der fortgesetzten Quecksilbertherapie zeigte sich im Zustande der Kranken bald eine wesentliche Besserung. Die Drüsenschwellung, die Infiltration der Drüse bedeckenden Schleimhaut nahmen ab, desgleichen verminderte sich die Menge des abgesonderten Speichels.

Nach 48 Injektionen am 30. XII. 93 ist die Drüse um ein Drittel kleiner, ihr Gefüge noch derb, das Geschwür in Reinigung, die Speichelsekretion hat abgenommen; die Nuhn'sche Drüse ist auf $^1/_3$ ihres früheren Volums abgeschwollen und weicher.

2. I. 1894. Zungenspeicheldrüse um die Hälfte kleiner, Infiltrat geringer, die Nuhn'sche Drüse weicher; die Speichelsekretion geringer.

Patientin gebraucht neben der Injektion Jodkaliumlösung.

8. I. 94. Nach dem chemischen Befund enthält der Speichel kein Quecksilber; nach 15 doppelten Injektionen werden dieselben ausgesetzt.

13. I. 94. Nach 30 Injektionen mit Asparaginquecksilber und Jodkaliumgebrauch wird die Kranke geheilt entlassen.

Epikrisis: Hier, wie wohl in den beiden vorigen Fällen, handelt es sich um Gummigeschwülste. Im vorliegenden Falle war die Diagnose um so leichter, da die Patientin bereits $^3/_4$ Jahr früher an einer Gummigeschwulst der Haut gelitten hatte, die durch Jodkaliumbehandlung verschwand; die Kranke befand sich also im tertiären Stadium der Syphilis. Sonstige frische Zeichen ihrer Krankheit waren nicht vorhanden. Die Schwellung der Blandin Nuhn'schen Drüse und die der Sublingualis waren wie in beiden vorigen Fällen, haselnussgross, derb und auf Druck mässig empfindlich. Dass die starke Salivation wirklich aus der Sublingualis stammte, hat eine genau chemische Untersuchung durch Prof. Ludwig bewiesen.

Von Interesse dürfte die folgende Beobachtung von

E. Lang sein, weil hier Parotis und Brustdrüse gleichzeitig ergriffen waren.

Krankengeschichte:

Den 14. Januar 1879 liess sich auf Langs Klinik eine 39 Jahre alte Frau aufnehmen, welche erzählte, bis vor 4 Jahren nichts auffälliges an sich beobachtet zu haben. Seit jener Zeit hat sie zu kränkeln begonnen und sich nicht mehr recht wohl gefühlt. Zuerst stellten sich Kopfschmerzen ein, die einen ganzen Winter hindurch anhielten; bald darauf bildeten sich am Nacken eiternde und borkige Stellen, die nur wenig Tendenz zur Heilung zeigten. Während eine ähnliche Verschwärung an der Oberlippe nach 2 Monaten auf Touchieren mit Lapis zuheilte, währte der verheimlichte Ausschlag am Nacken ein volles Jahr. Vor 2 Jahren bildeten sich an der linken Nackenhälfte noch grössere und tiefere Geschwüre; Heilung ohne Therapie im Sommer 1878.

Anfang November 1878 stellten sich Halsschmerzen ein, die auf Leberthran sich besserten.

Am 7. I. klagte Patientin über Magenschmerzen, die bald nachliessen. Einige Tage darauf wurde die rechte Brustdrüse schmerzhaft. Bei der Untersuchung der schlecht genährten und verwahrlosten Patientin fand man die linke Brustdrüse schlaff und welk, die rechte prall gespannt, vergrössert und von einer mässig gerötteten Haut bedeckt. Durch Befühlen, das bedeutende Schmerzen machte, gewahrte man in der Drüsensubstanz der kranken Seite eine eigrosse Schwellung, die bis gegen die Peripherie hin mit den bis zu Erbsengrösse und darüber verdickten acinis zusammenhing. Die linke Parotisgegend war unbedeutend geschwellt, was von der Patientin bisher unbemerkt blieb. Am weichen Gaumen und an der hinteren Rachenwand waren verschieden grosse Narben erkennbar; der linke arcus palatoglossus von einem frischen Infiltrate gerötet und gewulstet. Links von der uvula war ein Geschwürchen sichtbar. Der Kehldeckel wies links einen übernarbten Defekt auf. In der Nackengegend fanden sich teils pig-

mentlose, teils noch pigmentierte zarte Narben in grosser Ausdehnung.

Während die Schmerzen der Brustdrüse auf Einreibungen mit ung. cin., dem Extr. Bellad. zugesetzt war, bald nachliessen, schwoll die linke Parotis schmerzhaft an unter einem mässigen bis 38,6 ° C. hinanreichenden Fieber, das 3 Tage anhielt.

Verordnung: Inunktionen von 2 gr. ung. cin. täglich; dieselbe Salbe wurde ausserdem noch über der Parotisgeschwulst eingerieben.

Am 20. I. 1879 erweichte eine Stelle der Parotisgeschwulst. Am 21. I. Auf eine Incision kam Eiter zum Vorschein. Verordnung: Feuchtwarme Umschläge.

27. I. 79. Es floss nur noch klebriges Serum aus; die nunmehr bis zum Schlusse der Behandlung mit Jodtinktur bepinselte Parotisgeschwulst war noch so bedeutend, das der Mund nur sehr wenig geöffnet und der weiche Gaumen lokal nicht behandelt werden konnte. — Erst in der dritten Krankheitswoche trat merkliche Verkleinerung der Parotisgeschwulst ein und ermöglichte die Anwendung der Nasenrachendouche.

Am 25. Februar 79, bis zu welchem Tage die lokale Anwendung der grauen Salbe unausgesetzt beibehalten wurde, war in der Brustdrüse gar keine Infiltration mehr nachweisbar, und auch die Geschwulst in der Parotis schien nahezu ganz geschwunden; (nur das Infiltrat des linken Gaumenbogen hatte sich nur wenig verringert.)

Bis zum 21. Februar 79 hatte die Pat., die ein blühendes Aussehen gewonnen hatte und ihre Kräfte täglich zunehmen fühlte, 18 Einreibungen zu 2 g bekommen und erhielt von nun an 1 g Jodkali p. d.

Am 27. II. 79 waren alle Krankheitssymptome geschwunden.

Am 5. III. 79. Das letzte Infiltrat unverändert. Inunctionen wieder aufgenommen.

Am 10. III. 79 wird die Kranke auf ihr dringendes Verlangen, von Mastisis, Parotitis und dem Geschwürchen

neben der Uvula geheilt, nur noch einem Infiltrate am linken Gaumbogen entlassen, nachdem sie im ganzen 48 g ung. cin. eingerieben und innerlich 7 g J. K. genommen hatte.

Epikrisis: Dieser Fall zeigt gegenüber den vorigen Fällen einige bemerkenswerte Verschiedenheiten, auf die ich gleich näher eingehen werde. Darin jedoch stimmt er mit den oben geschilderten Fällen überein, dass es sich um eine Kranke handelte, die sicher Syphilis gehabt hat und deutliche Spuren davon an sich trug; anamnestisch erfahren wir von eiternden borkigen Stellen am Nacken, an der Oberlippe, wir finden Narben am weichen Gaumen und an der hinteren Rachenwand, wir hören von einem Geschwürchen neben der uvula, von einer Infiltration am linken palatoglossus u. s. w., so dass über das Vorhandensein von Syphilis kein Zweifel herrschen kann. Betrachten wir nun die Mastitis und Parotitis der Pat. Diese beiden Affektionen als syphilitisch zu diagnosticieren, war nach dem ebengesagten wohl nicht sehr schwierig. Sehr bemerkenswert ist bei beiden Schwellungen das schnelle Entstehen und vor allem die grosse Schmerzhaftigkeit, während wir in den bisherigen Fällen absolute Schmerzlosigkeit fanden. Doch finden wir auch bei andern gummös veränderten Drüsen mitunter grosse Druckempfindlichkeit; so berichtet Lang von einem Pat., der in beiden gummös geschwollenen Hoden fast unerträgliche, gegen die Lenden ausstrahlende Schmerzen hatte.

Abweichend ist hier auch das Fieber bei Entwickelung der Parotisgeschwulst. Behandelt wurde die Pat. mit lokalen Einreibungen von ung. cin. und mit allgemeinen Inunktionen, erst zuletzt mit J.-K., nachdem die Schwellungen der Parotis und Brustdrüse bereits geschwunden waren. Bis zur höchsten Ausdehnung der Parotisgeschwulst verstrichen $2^1/_2$ Wochen, ebenso lange dauerte die vollständige Zurückbildung.

Schliesslich kann vielleicht noch darauf Gewicht gelegt werden, dass es sich um eine schwächliche Pat. und

eine sehr schwere Syphilis handelte. Gerade dieses Zusammentreffen betont Lang besonders; in seinen Fällen handelte es sich fast stets um schwere Luesformen. Einmal sah er eine Parotisgeschwulst, die neben Nasensyphilis bestand und unter einer gewöhnlichen antisyphilitischen Behandlung zur Resorption gelangte. Bei einer andern Pat. fand er neben gummösen Prozessen an andern Orten auch solche der rechten Parotis, die zu einer Speicheldrüsenfistel führten. Die linke Parotis derselben Kranken (einer 44jährigen Frau) war in ihrem den Unterkiefer deckenden Anteile, wie aus der glatt über den Knochen gespannten, dünnen Narbe ersichtlich war, vollkommen zerstört (angeblich seit 8 Jahren); aus den erhaltenen Partien liess sich durch den Ductus Stenonianus Speichel ausdrücken.

Epikrisis: Auch bei dieser Kranken bestanden auch an andern Orten gummöse Prozesse. Zu beachten ist es, dass bei ihr schon 8 Jahre früher in der andern Parotis ein ähnlicher oder gleicher Prozess erhebliche Zerstörungen verursacht hatte. Dass die Erkrankung der rechten Parotis eine Speichelfistel zurückgelassen, ist weniger wunderbar; denn, was wir hier bei einem zerfallenen und durchbrochenen Gummi haben, finden wir ja auch sonst bei Verletzungen des Speichelganges häufig.

Während es sich in allen bisher geschilderten Fällen um zweifellose Spätsyphilis handelte, und es bei den offenkundigen Zeichen derselben keine besonderen Schwierigkeiten machte, die Natur dieser Speicheldrüsentumoren als syphilitisch richtig zu erkennen, so bietet die folgende von L. Mandowsky beschriebene Beobachtung ganz besonderes Interesse, einmal, da es sich um eine Pat. handelt, die ganz sicher niemals Zeichen von Syphilis gehabt hat, bei der es sich auch nur um hereditäre Lues handeln kann, zweitens deshalb, weil die Geschwulst, deren Wesen nicht richtig diagnosticiert war, exstirpiert und dann mikroskopisch untersucht worden ist.

Krankengeschichte.

Am 30. März wurde Professor Schüller von einer 23jährigen Dame konsultiert, welche seit längerer Zeit an einer harten Schwellung unter dem rechten Ohrläppchen in der Gegend der Parotis und in der entsprechenden Halsseite litt. Nach ihren Angaben hatte bereits vor neun Jahre an derselben Stelle eine Drüsenschwellung bestanden, die durch Entfernung der Drüsen beseitigt war. Indessen bildete sich dort bald von neuem eine Schwellung: sie hatte sich anfangs ausserordentlich langsam entwickelt und erst in der letzten Zeit ein rascheres Wachstum angenommen. Zur Zeit fand sich in der Parotisgegend dicht unter dem Ohrläppchen eine über taubeneigrosse derbe Geschwulst, welche anscheinend mit der Umgegend verwachsen war, auf der Unterlage nicht verschieblich aufsass, innen sich weich-elastisch anfühlte, aber von einer straffen Hülle umgeben war. Dicht unter dieser Geschwulst liess sich noch eine zweite kleine tasten, die beweglich und von der Grösse einer Bohne war. Die Hauptgeschwulst lag unmittelbar unter dem Ohrläppchen. Dieses wurde ein wenig abgehoben, wie man es bei Parotistumoren dieser Gegend findet. Obwohl die Patientin im allgemeinen einen guten Ernährungszustand zeigte und niemals an skrophulösen Ekzemen oder anderen chronischen Entzündungen gelitten hatte, machte trotzdem die vorliegende Erkrankung den Eindruck, als ob es sich thatsächlich hier um eine skrophulöse, subfascial tief in der Parotis sitzende Lymphdrüse handle; überdies fanden sich auf der gleichen Seite einige kariöse Zähne.

Dem eigenen Wunsche der Patientin entsprechend wurde die Geschwulst am 4. IV. 1894 durch Professor Schüller entfernt.

Die am meisten zu Tage tretende Hauptgeschwulst lag zwischen dem Ursprunge des Musc. sternocleidomastoideus und dem aufsteigenden Kieferaste dicht unter dem Ohre; sie war hier überall mit der Umgebung verwachsen, hing besonders dicht mit der Parotis zusammen und ging an der Basis in das Parotisgewebe über; von diesem liess sie sich

nicht abgrenzen und drang tief in die Retromaxillargrube hinein. Sie wurde vorsichtig von den hier befindlichen Nerven, Gefässen, Muskeln losgelöst. Es ergab sich hierbei schon ohne weiteres die Notwendigkeit, einen Teil der Parotis mit zu exstirpieren, was wegen des Gefässreichtums dieser Stelle bekanntlich zu den schwierigeren Aufgaben gehört; doch gelang es dadurch, dass Schritt für Schritt jedes Gefäss, das sich in den Weg stellte, vor dem Durchschneiden doppelt unterbunden wurde, die Operation zu einer beinahe blutlosen zu machen. Der Nervus facialis wurde geschont. Ausser der Hauptgeschwulst wurden noch 1—10 bohnen- bis kirschgrosse geschwollene, aber nicht verkäste Drüsen entfernt, welche sich in der Umgebung des Kieferwinkels, an der Teilungsstelle der Arteria carotis communis fanden und bis zur glandula submaxillaris sich erstreckten.

Die Wunde war reichlich drei bis vier Zoll lang und zog sich von dem unteren Rande des äusseren Gehörganges schräg nach abwärts, nicht parallel dem Rande des Musc. sternocleidomastoideus, sondern zwischen diesem und dem Unterkieferrande. Die Tiefe der Wunde in der Retromaxillargrube betrug 6—7 cm. Sie wurde mit Sublimatlösung (1 : 1000) besprengt und durch eine exakte Naht ohne Drainage geschlossen. Unmittelbar auf der Naht wurde sie mit Jodoformcollodium bestrichen und darüber sterilisierte Gaze und Watte mit Binden befestigt. Nach der Narkose erfolgte kein Erbrechen. Der Wundverlauf war ein absolut fieberloser, nur an zwei folgenden Tagen klagte die Patientin etwas über anginöse Beschwerden, doch war lokal nur eine minimale Rötung an den Tonsillen zu bemerken. Bei dem ersten Verbandwechsel nach 10 Tagen war die Heilung per primam erfolgt.

Eine Facialislähmung trat nicht ein, und die Patientin blieb gesund. Der exstirpierte Haupttumor ergab auf dem Durchschnitt makroskopisch vollkommen das Aussehen eines derben Fibrosarkoms von mattgrauer Farbe und speckiger Beschaffenheit, ein Bild, wie es zuweilen Hodensarkome

gewähren. Gerade dieses Aussehen hatte zu einer besonders skrupulösen Entfernung aller nur erreichbaren und fühlbaren Drüsen veranlasst. Schon das makroskopische Aussehen dieses Tumors liess daher die ursprüngliche Diagnose einer skrophulösen Drüsengeschwulst hinfällig erscheinen. Die später von Prof. Schüller ausgeführte mikroskopische Untersuchung bestätigte dies noch mehr.

Der Tumor hat histologisch entschieden nicht den Charakter tuberkulöser Drüsengeschwülste, ausserdem liessen sich trotz wiederholter Bemühung keine Tuberkelbazillen nachweisen. Ebensowenig lässt sich für Sarkom aus den mikroskopischen Bildern ein Anhalt gewinnen. Es findet sich vielmehr ein ausserordentlich dichtes, zellreiches Granulationsgewebe, welches einzelne Herde von geschrumpften und zum Teil verhärteten Zellen umschliesst, hier und da mit einzelnen Riesenzellen. Eigentlich verkäste Partien fehlen. An anderen Stellen ein mehr narbig umgewandeltes, derbes Granulationsgewebe, welches mit ausserordentlich dickwandigen Blutgefässen durchsetzt ist. Die Verdickung der Gefässwandungen ist an manchen Stellen so stark, dass dadurch das Lumen zu einem schmalen Spalt reduziert wird. Diese Gewebsveränderungen sind nach Virchow charakteristisch für die gummösen Granulationsprozesse resp. für die Gummibildung. Der Haupttumor besteht im peripheren Teile anscheinend aus einer gummös veränderten Lymphdrüse, während er nach der Parotis zu unmittelbar übergeht in eine gummöse Erkrankung der Parotis selber. Besonders an den Uebergangstellen in das gesunde Gewebe der Parotis lässt sich erkennen, wie der gummöse Granulationsprozess im interstitiellen Bindegewebe zwischen dem Drüsenparenchym sich ausbreitet. Das Gummigewebe engt das Parotisparenchym in einzelnen Herden mehr und mehr ein, während die Parenchymzellen der Parotis mehr und mehr körnig und fettig zerfallen. Die übrigen Drüsen sind anscheinend einfach chronisch entzündlich hyperplasiert. Eine Entscheidung darüber, ob die gummöse Erkrankung

der Parotis oder die der Drüse das primäre oder sekundäre ist, kann nicht getroffen werden, da bei dem unmittelbaren Uebergang des Prozesses von der Parotis der ursprüngliche Ausgangspunkt sich nicht feststellen lässt. Der histologische Befund spricht nach Prof. Schüller schon an und für sich mehr für einen luetischen Prozess. Auch nach allen hier obwaltenden Verhältnissen lässt sich die Geschwulst nur auf hereditäre Momente zurückführen, wobei überdies noch daran zu erinnern ist, dass die erste wahrscheinlich analoge Manifestation bei der Patientin vor neun Jahren, also im 14. Jahre der Patientin erfolgte. Endlich wurde dies auch durch spätere Mitteilung des Hausarztes bestätigt, aus welcher hervorging, dass der Vater der Patientin in früheren Jahren an schwerer Lues erkrankt und behandelt worden war.

Epikrisis: In dem vorliegenden Falle bot die Diagnose besondere Schwierigkeiten. Da die Patientin sich selbst aller Wahrscheinlichkeit nach keine Lues zugezogen hatte, und von hereditärer Lues bei ihr nie etwas bemerkt worden war, so hätte man diese Diagnose, selbst wenn man daran gedacht hätte, sicher ausschliessen müssen. Allein der mikroskopische Befund, vor allem die Gefässveränderungen haben unzweifelhaft die syphilitische Natur der Erkrankung ergeben. Was die Lage der Geschwulst und ihre Ausdehnung anbetrifft, so finden wir hier nicht nur den auf dem aufsteigenden Kieferast gelegenen Teil der Parotis geschwollen, es lag vielmehr der Hauptteil der Geschwulst zwischen Musc. sternocleidomastoideus und aufsteigendem Kieferast, und zwar bestand sie nicht nur aus der gummös veränderten Parotis, sondern zum grossen Teil auch aus gummösen Lymphdrüsen; abweichend von den bisherigen Fällen ist es auch, dass eine Menge der umliegenden Lymphdrüsen geschwollen und zwar einfach chronisch entzündlich hyperplasiert waren. Merkwürdig ist auch die sehr langsame Entwicklung der Geschwulst und die Angabe, dass bereits vor 9 Jahren an derselben Stelle eine Drüsenschwellung bestanden hatte.

Dass die Geschwulst mit Unterlage verwachsen war und keine Schmerzhaftigkeit zeigte, stimmt mit dem ersten Fall Ida K . . . . überein.

Im Gegensatz zu Langs Beobachtung, dass es sich bei den Speicheldrüsengummen meist um schwerere Luesformen handle, sei hier darauf hingewiesen, dass im vorliegenden Falle überhaupt noch nichts von Lues gemerkt worden war, und dass die Patientin kräftig und gut gewachsen war.

Einen anderen Fall, der allerdings die Glandula submaxillaris betrifft, möchte ich hier gleich folgen lassen, weil er auch anatomisch untersucht und dadurch von besonderm Werte ist: Während es sich bisher in allen Fällen um Gummigeschwülste handelte, lernen wir hier eine andere Form von syphilitischen Speicheldrüsenerkrankungen kennen, die man wohl etwa mit der interstitiellen Lebersyphilis oder mit der Orchitis simplex analogisieren könnte. Dieser Fall ist von Lancereaux in seinem „Traité de la Syphilis" ausführlich beschrieben worden.

Krankengeschichte:

Die 45jährige R. findet am 17. Dezember 1860 Aufnahme im Krankenhaus de la pitié. Diese Kranke, von bleichem, gelblichem Aussehen, klagt über ein Leiden an der hinteren Seite des Pharynx, das durch die Anwesenheit von kleinen knotigen, abgegrenzten Erhebungen charakterisiert ist, die schon in Erweichung übergehen und bläulich verfärbt sind. Da die spezifische Natur dieser Stellen genau festgestellt ist, wird eine geeignete Behandlung eingeschlagen. (pil. de Sédillot)

Im Januar 1861 beginnen die Ulcerationen zu vernarben. Am 6. Januar tritt heftiger Frost ein, auf den aber kein Schweissausbruch erfolgte. Dann Diarrhoe. Am 7. Januar Trockenheit und Schmerz in der Kehle, Schlingbeschwerden. Gleichmässige Röte der hinteren Pharynxwand. Einige Submaxillardrüsen sind geschwollen und schmerzhaft.

Am 8. Januar verschlimmern sich diese Erscheinungen.

Gegen Mittag zeigt sich am linken Nasenflügel ein intensiv roter, abgegrenzter Plaque, $0^m,02$ zu $0^m,03$ gross.

Am 9. hat sich der Plaque am Nasenflügel ausgebreitet, man sieht schon einige rote Flecken. Die submaxillare Schwellung ist mehr markiert, der Pharynx noch immer rot. Am 10. ergreift das Erysipel die rechte Backe und greift auf die Gehörgänge und Ohrmuscheln über. Das Fieber steigt, gegen Abend sind Stirn und Hals ergriffen.

Nach einem trockenen und häufigen Husten verliert sich die Stimme, mitunter Erstickungserscheinungen. Der Puls ist klein, unregelmässig, beschleunigt (104). Am 11. Morgens sichtliche Besserung.

Am Abend intermittierender und schneller Puls. Am 12. greift das Erysipel weiter um sich und ergreift die Kopfhaut. Trockenheit der Sprache. Tod am 13. Januar 4 Uhr Morgens.

Autopsie: Vergrösserung der Drüsen an der Zungenbasis; Oedem des Zäpfchen. Zwei in Vernarbung begriffene Ulcerationen an der hinteren Pharynxwand. Die linke Submaxillardrüse zeigt zahlreiche Furchen zwischen ihren Läppchen.

Sie fühlt sich fest an und wie geschrumpft, aber in ihrem Volumen nicht verkleinert; sie zeigt eine gelbe Farbe, die von fettigen Granulationen herrührt. Die interacinösen, fibrösen Septa verdickt; die benachbarten Lymphdrüsen vergrössert, weich, von markigem Aussehen.

Der Schädel zeichnet sich durch besondere Dicke und eine vermehrte Brüchigkeit aus. Das Gehirn ist intakt. Die Schilddrüse ist hypertrophiert, in der Schnittfläche gelblich infolge zahlreicher verfetteter Granulationen.

Zahlreiche Verwachsungen verbinden die Lungen mit den Thoraxwänden. Auf der linken Lunge sieht man kleine, leicht hervorragende Tumoren, teils abgerundet, teils halbmondförmig. Diese Tumoren bestehen aus einer amorphen, granulosen Grundsubstanz mit Bindegewebsfasern, einigen spindelförmigen Zellen, verfetteten Granulationen und Resten von Lungenparenchym. Da, wo die Bronchialver-

zweigungen sich erweitern, ist ihre Innenfläche rot hyperämisch, ihre Wand verdickt. Im Pericard ist ein etwa kirschkerngrosses Gummi, etwas weich, gelblich, aus körnigen Zellen gebildet. Weisse Plaques auf der Herzoberfläche.

Die Leber überragt die falschen Rippen um drei Querfinger. Zahlreiche narbige Furchen, teils longitudinal, teils strahlenförmig durchziehen Vorder- und Hinterseite. Bindegewebsstränge vereinigen die Ränder dieser zahlreichen Furchen auf der vorderen Seite. Das Leberparenchym ist induriert, knarrt. Seine Schnittfläche ist braun, schwarz, gelbgefleckt.

Einige Gallengänge, in der Nähe der Narben, deren fibröses Gewebe sich bis ins Innere des Parenchyms erstreckt, sind erweitert. Die Milz, etwas weich, misst 0 m 18 in seinem grössten Durchmesser. Die prävertebralen Drüsen sind hasel- oder wallnussgross, weich und stark injiziert. Darm normal. Nieren sind klein, die umschliessende Kapsel gross. Die Ovarien sind deutlich atrophiert und fibrös.

Lancereaux selbst sagt folgendes: Dieser Fall ist bemerkenswert durch die Menge der krankhaften Veränderungen, die nach dem Tode festgestellt wurden, und durch das fast vollständige Fehlen entsprechender funktioneller Störungen. Es ist verständlich, dass die diffuse Schwellung der Submaxillarisdrüse hätte unbemerkt bleiben können. Aber ein Symptom von grosser Bedeutung hätte auf den Weg lenken können, die syphilitischen Veränderungen der Eingeweide zu diagnostizieren, das war die Kachexie. Die Affektion des Pharynx, die so ausgesprochen charakterisiert war, war der Ausgangspunkt des Erysipels. Dieses fand einen günstigen Boden und wurde deshalb bald verhängnisvoll; im übrigen hatte es aber keinen Zusammenhang mit den Erkrankungen der Eingeweide, die alle charakteristischen Erscheinungen einer unbestrittenen Spezivität an sich trugen.

Während es sich in allen Fällen, wie wir gesehen, um tertiäre und einmal um hereditäre Syphilis handelte, und

auch die meisten Lehrbücher nur Fälle in diesem Krankheitsstadium kennen, bestand bei den 5 folgenden Beobachtungen die Syphilis höchstens 12 Monate, in einem Falle sogar nur 5 Wochen.

Aber auch abgesehen davon, dass diese 5 von Neumann beschriebenen Fälle, dem frühsyphilitischen Stadium angehören, bieten sie auch sonst noch mannigfache Abweichungen von den bisher geschilderten Beobachtungen dar.

Krankheitsgeschichte:

E. M., 24 Jahre alt, aufgenommen am 27. XI. 91 mit Sklerose und Oedema indurativum des rechten grossen Labium. Krankheitsdauer ca. 5 Wochen.

14. XII. 91. Proruption eines maculo-papulösen Exanthems; Präaurikulardrüse rechterseits vergrössert, die Parotis diffus geschwellt.

18. XII. 91. Exanthem deutlich ausgebildet, Primäraffekt in Ueberhäutung. Die rechte Präaurikulardrüse haselnussgross, die Parotis als thalergrosse, drusig unebene, ziemlich derbe, auf Druck unempfindliche Geschwulst tastbar, mit der Präaurikulardrüse teilweise verwachsen. Spontane Schmerzhaftigkeit gering. Sprechen, Kau- und Schlingbewegungen erschwert. Speichelsekretion vermehrt. Therapie: Einreibungen.

28. XII. 91. Sklerose fast vollständig überhäutet. Exanthem in Rückbildung begriffen. Parotis thalergross, jedoch mehr abgeflacht, verschiebbar. Subjektive Erscheinungen geschwunden.

4. I. 1892. Weitere Verkleinerung der Parotis und der Präaurikulardrüse; induratives Oedem des linken Labium auf ein Drittel reduziert: wegen leichter Erscheinungen von Stomatitis werden die Einreibungen sistiert.

20. I. 1892. Parotis und Präaurikulardrüse von fast normaler Konsistenz und Grösse. — In der Folge langsame Verkleinerung der Drüsen; am 17. I. 92 wurden wegen Auftretens neuer papulöser Efflorescenzen im Gesicht die Einreibungen wieder aufgenommen; vom 9. III. 92 ab mit

Injektionen von Stp. sozojodol. behandelt, wird die Patientin, nachdem sie 69 Einreibungen und 8 Sozojodol-Injektionen erhalten, am 11. April 1892 entlassen. Das Exanthema war geschwunden, die Parotis vollständig zur normalen Grösse zurückgebildet.

Epikrisis: Der vorliegende Fall befindet sich im allerersten Stadium der Krankheit: wir erfahren, dass die Initialsklerose noch nicht einmal verheilt war. Die Geschwulst, welche sich gleichzeitig mit einem maculopapulösen Exanthem entwickelte, bestand nicht nur aus der geschwellten Parotis, sondern zum Teil aus der haselnussgrossen glandula praeauricularis.

Wie in dem Laucereauxschen Falle handelte es sich hier offenbar um jene Form, die wir mit der Orchitis simplex wohl analogisieren und Parotitis syphilitica simplex nennen können.

Von subjektiven Beschwerden traten Sprach-, Kau- und Schlingbeschwerden auf. Die Schmerzhaftigkeit war nur sehr gering. Die Therapie bestand entsprechend dem Stadium der Krankheit in Hg-Inunktionen.

Fast in allen Punkten übereinstimmend und nur dadurch verschieden, dass die Präaurikulardrüse vereiterte und indiciert wurde, ist die nächste Beobachtung, die ohne weitere Erklärung hier folgen soll.

Krankengeschichte:

A. S., 24 Jahre alt, aufgenommen am 18. IX. 1893 mit papulösem Exanthem. Krankheitsdauer 4 Monate, bisher unbehandelt.

Am 12. X. 93. Auftreten einer Schwellung der linken Präaurikulardrüse, die mit der Parotis verwachsen ist; diese ist deutlich unter der Präaurikulardrüse durchtastbar von derber Konsistenz, auf Druck, sowie bei Kaubewegungen wenig schmerzhaft.

20. X. 95. Linke Präaurikulardrüse in einen nussgrossen, fluktuierenden Tumor verwandelt, innig mit der Parotis verwachsen: die letztere, den Unterkieferrand überragend, halbapfelgross, flachkugelig, derb anzufühlen, von

drüsig höckeriger Oberfläche: ihre Konturen deutlich tastbar, gegen die Umgebung scharf abgegrenzt. Die Umgebung der geschwellten Drüse teigig, ödematös, auf Druck wenig empfindlich. Sehr reichliches papulöses Exanthem an Stamm, Gesicht und Extremitäten.

20. X. Präaurikulardrüse nussgross, fluktuierend, mit der Parotis verwachsen.

27. X. Incision der Präaurikulardrüse. Jodoformverband.

29. X. Nach 27 Einreibungen die papulösen Efflorescenzen allenthalben im Hautniveau, nicht schuppend, einzelne mit einem pigmentierten Hof versehen.

31. X. 93. Am Unterkieferwinkel eine kleinbohnengrosse, teigig-weiche Drüse; die Parotis in Ausdehnung von Halbkleinapfelgrösse, Oberfläche drusig uneben. Beim Kauen keine Schmerzhaftigkeit.

10. XI. 93. Die eröffnete Drüse granulierend, darunter eine harte, höckerige, taubeneigrosse Geschwulst (Parotis).

Vom 20. XI.—23. XII. Sublimatbilder.

Am 24. XII. nach 41 Einreibungen geheilt entlassen. Die Incisionsnarbe glatt, darunter die Parotitis zu fühlen.

Am 21. I. 1894 Recidivpapeln ad genitale und universelle Lymphdrüsenvergrösserung. Die linke Präauricularis haselnussgross, platt, verwachsen mit der Incisionsnarbe. Parotis nicht vergrössert.

In dem folgenden Falle tritt die Schwellung der Lymphdrüsen, die oben bei den spätsyphilitischen Affektionen so gut wie ganz fehlte, noch mehr in den Vordergrund als in den beiden zuletzt geschilderten Beobachtungen.

Krankengeschichte:

C. E., 26 Jahre alt, in die Klinik aufgenommen am 21. März 1892 mit Papeln ad genitale, an der Mundschleimhaut und maculopapulösem Exanthem. Krankheitsdauer 6—8 Monate. Die Lymphdrüsen in der rechten regio parotidea fast auf Faustgrösse geschwellt, auf Druck empfindlich; Die Haut über der Drüsenkapsel verschiebbar, keine

Fluktuation. Die Parotis geschwellt, auf Druck sehr empfindlich. Oeffnen des Mundes nur in geringem Umfange möglich.

Therapie: 5% Sublimatinjektionen.

18. IV. 92. Die Schwellung der Parotis zugenommen; Berührung ist schmerzhaft; die Haut über der Geschwulst gespannt, gerötet, glänzend, am unteren Rande Fluktuation. Temperatur 38,5° C.

19. IV. 92. Haut über der Geschwulst verdünnt, Fluktuation deutlicher, daher Incision und Entleerung des Eiters. Die Parotis unter den erweiterten Lymphdrüsen, als thalergrosse, derbe, drusig unebene, flache Geschwulst tastbar. Jodoformverband.

25. IV. 92. Incisionswunde granulierend, auf Druck Eiter entleerend. Beweglichkeit des Unterkiefers geringe.

2. X. 92. Incisionswunde nahezu verheilt, keine Eitersekretion. Parotis verkleinert; Beweglichkeit des Unterkiefers wesentlich gebessert, keine Druckempfindlichkeit der Parotisgegend mehr.

9. V. 92. Patientin wird geheilt entlassen.

Epikrisis:

Die Krankheitsdauer beträgt in diesem Falle 6—8 Monate. Die Schwellung tritt, wie bei der vorigen Patientin zugleich mit einem maculopapulösen Exanthem auf. Die Lymphdrüsen sind hier fast auf Faustgrösse geschwellt, während die Parotis selbst, zwar deutlich darunter tastbar, aber nur etwa thalergross, ziemlich flach und von derber Konsistenz ist. Die Beschwerden beim Sprechen und Kauen sind auch hier vorhanden, abweichend von den eben beschriebenen Fällen ist jedoch die bedeutende Schmerzhaftigkeit.

Auch das Fieber ist hier eine seltene Erscheinung. Was die Erweichungen anbetrifft, so ist sie wohl zu unterscheiden von der Fluktuation in der von mir geschilderten und einer Beobachtung Langs; denn dort handelte es sich um eine zerfallene Gummigeschwulst der Parotis, hier dagegen um die Vereiterung der darüber liegenden Lymphdrüsen.

Die Therapie war hier insofern verschieden von der in den beiden vorigen Fällen, als sie nicht in Einreibungen, sondern in 5% Sublimatinjektionen bestand. Die vereiterte Drüse wurde incidiert und in gewöhnlicher Weise antiseptisch behandelt.

Es sollen jetzt der Vollständigkeit halber noch zwei Krankengeschichten folgen, in denen zwar nicht viel über den Verlauf der Parotisschwellung gesagt ist, in denen aber doch manche für die uns beschäftigenden Fragen wichtige Angabe enthalten ist.

Krankengeschichte:

T. P., 24 Jahre alt, aufgenommen am 30. III. 94. Krankheitsdauer 1 Jahr. Die Kranke, die bereits am 9. III. 93 bis 25. IV. 93 mit Sklerosen am Rectum, Exanthema maculopapulosum, Retentio urinae und Lymphadenitis universalis an der Klinik in Behandlung gestanden und 25 Einreibungen erhalten, zeigte bei ihrer Spitalsaufnahme am 30. III. 94 den folgenden Befund: Die Querfalten des erweiterten Urethralumens verlängert. Urin diffus getrübt. An der Schenkelinnenfläche einige hirsekorngrosse, hellrote Knötchen, ebenso am Stamm einzelne linsengrosse, blassrotbraune Effloreszenzen. Am Halse Loikodermaflecke. Regio parotideo-masseterica rechterseits hervorgewölbt. Die rechtsseitige Parotis als eine elevierte, schmerzhafte, drusig unebene Geschwulst zu fühlen. Diese wird auch von starker Salivation begleitet.

Epikrisis: Auch in diesem Falle von Frühsyphilis handelt es sich wohl ausser der Schwellung der Parotis um eine Schwellung der darüberliegenden Lymphdrüsen. Dies schliesse ich daraus, dass sich neben der Angabe der Parotisschwellung noch der Zusatz findet, dass die regio parotideomasseterica hervorgewölbt sei. Die Oberfläche der Parotisgeschwulst ist auch hier wieder drusig uneben: von subjektiven Beschwerden ist die Schmerzhaftigkeit und starke Salivation angegeben. Die Behandlung bestand in einer Inunktionskur.

Während in allen diesen 4 Fällen von Frühsyphilis die Parotis als harte, drusigunebene, derbe Geschwulst auffiel, finden wir in der nächsten Beobachtung die auf Handtellergrösse geschwellte Parotis von teigiger Konsistenz.

Krankengeschichte:

F. G., 23 Jahr alt, Schlossergehilfe, aufgenommen am am 8. III. 93 mit abblassender Roseola annulata am Stamm, papeln ad anum, allgemeiner Lymphdrüsenschwellung. Krankheitsdauer 10 Monate. Parotis beiderseits auf Handtellergrösse geschwellt, namentlich die linke; ihre Konsistenz teigig. Präaurikulardrüsen haselnussgross, rechts derb, links weich, elastisch.

Nachdem im Verlaufe einer antisyphilitischen Behandlung (Einreibungen vom 8. III. 93 — 8. III. 93) sämtliche Erscheinungen von Syphilis, darunter auch die Vergrösserung der Parotis zurückgegangen, wurde der Patient als geheilt entlassen.

Epikrisis: Leider ist hier nur wenig über den Verlauf der Parotisschwellung gesagt. Abweichend von allen übrigen frühsyphilitischen Fällen ist es, dass hier die Parotis nicht hart und derb, sondern teigig sich anfühlt. Da in diesem vorliegenden Falle auch die linke Präaurikulardrüse von weicher Beschaffenheit ist, so nehme ich an, dass die Parotis eng mit solchen erweichten Lymphdrüsen verwachsen ist, oder diese teilweise in der Parotis liegen. Die teigige Konsistenz wäre somit, was die Parotis selbst anbetrifft, nur scheinbar.

Ueber subjektive Beschwerden ist nichts gesagt. Entsprechend dem maculopapulösem Exanthem der vorigen Fälle besteht hier eine abblassende Roseola und papeln ad anum.

Wenn wir nun alle diese in der Litteratur berichteten Fälle überblicken, so ergiebt sich daraus, dass neben vielen Berührungspunkten auch mancherlei Differenzen im Krankheitsbilde und Verlauf auftreten.

Was zunächst den Sitz der Erkrankung betrifft, so

haben wir gesehen, dass sie sowohl in der Parotis, als auch in der glandula submaxillaris, sublingualis und in der Blandin-Nuhn'schen Drüse vorkommt.

Dass die Speicheldrüsen nur im spätsyphilitischen Stadium erkranken, wie Kaposi, Cooper und andere Autoren angeben, kann nicht mehr aufrecht erhalten werden. Wir haben vielmehr ausser den spätsyphilitischen mehrere Fälle referiert, die sicher dem Frühstadium der Syphilis entsprachen, bei denen die Infektion nur $1^1/_2$ bis 12 Monate zurücklag; allerdings war in diesen frühen Fällen immer die Parotis ergriffen. Einmal fand sich auch eine gummöse Erkrankung dieser Drüse bei einem Mädchen mit hereditärer Lues.

In den meisten Fällen handelte es sich um schwächliche Patienten, dagegen möchte ich nicht behaupten, dass die Speicheldrüsenerkrankungen nur bei besonders schwerer Form von Lues vorkämen. Wenn wir nun noch das Geschlecht berücksichtigen, so ist es auffallend, wenn auch vielleicht nur zufällig, dass die Parotis syphilitica unter 10 Fällen 9 mal bei Weibern und nur einmal bei einem männlichen Patienten vorkam.

Pathologische Anatomie.

Da bei der Seltenheit und Heilbarkeit der syphilitischen Speicheldrüsenerkrankungen bis jetzt nur sehr wenige Fälle zur Sektion kamen, so liegen auch nur wenige anatomische, wie histologische Befunde vor.

Nach Analogie der übrigen drüsigen Organe des Körpers erwarten wir auch in den Speicheldrüsen 2 verschiedene Formen, einmal die einfache chronisch-entzündliche Hyperplasie, zweitens die gummöse Veränderung. Von beiden Formen ist ein Fall mikroskopisch untersucht, das Gummi in der Parotis im Mandowski-Schüllerschen Fall, und die Hyperplasie der Submaxillaris in dem Lancereaux'schen.

Da die verschiedenen Speicheldrüsen und ebenso die in ihnen vorkommenden Geschwülste sich anatomisch und histologisch nicht wesentlich unterscheiden, so kann man

hier davon absehen, dass es einmal die Parotis, das andere Mal die Submaxillaris war.

In dem Schüllerschen Falle haben wir das typische Bild einer Gummigeschwulst: es fand sich dort ein ausserordentlich dichtes, zellenreiches Granulationsgewebe, welches einzelne Herde von geschrumpften und zum Teil verfetteten Zellen umschliesst, hier und da mit einzelnen Riesenzellen. Eigentlich verkäste Partieen fehlen. An anderen Stellen ein mehr narbig umgewandeltes, derbes Granulationsgewebe, welches mit ausserordentlich dickwandigen Gefässen durchsetzt ist. Die Verdickung der Gefässwandungen ist an manchen Stellen so stark, dass dadurch das Lumen zu einem schmalen Spalt reduciert wird. Der Haupttumor besteht im peripherischen Teile anscheinend aus einer gummös veränderten Lymphdrüse, während er nach der Parotis zu unmittelbar übergeht in eine gummöse Erkrankung der Parotis selber. Besonders an den Uebergangstellen in das gesunde Gewebe lässt sich erkennen, wie der gummöse Granulationsprozess im interstitiellen Bindegewebe zwischen dem Drüsenparenchym sich ausbreitet. Das Gummigewebe engt das Parotisparenchym in einzelnen Herden mehr und mehr ein, während die Parenchymzellen der Parotis mehr und mehr körnig zerfallen.

Bemerkenswert ist noch bei diesem Befunde, dass sich ausser der gummös veränderten Parotis gummöse Lymphdrüsen fanden. Solche gummösen Lymphadenopathien sind in der Maxillar- und Präaurikularregion schon wiederholt beobachtet worden, und zwar stets bei alten Fällen und zusammen mit Gummigeschwülsten in den Muskeln oder andern benachbarten Organen. Diese Lymphdrüsengummen können zu bedeutenden Geschwülsten anwachsen, die mit ihrer Umgebung und der Haut innig verbunden sind, und in welchen benachbarte Gebilde (Gefässe und Nerven) fest eingebettet sind; die Geschwulst ist gewöhnlich derb, an einer oder der andern Stelle erweicht und von verschiedener

Empfindlichkeit, wie wir es oben auch bei den Parotisgummen gesehen haben.

In dem Lancereauxschen Falle fanden wir folgenden Befund:

Die linke Submaxillaris zeigt zahlreiche Furchen zwischen ihren Läppchen, sie fühlt sich fest an und wie geschrumpft, aber in ihrem Volumen nicht verkleinert; sie zeigt eine gelbe Farbe, die von fettigen Granulationen herrührt. Die interacinösen, fibrösen Septa sind verdickt, die benachbarten Lymphdrüsen vergrössert, weich, von markigem Aussehen.

Hier haben wir also die andere Form, etwa das Bild einer abgelaufenen Orchitis simplex.

Was die Lymphdrüsen hier anbetrifft, so sind sie nach dem vorhin Gesagten offenbar keine gummösen Lymphdrüsen, sondern sie sind einfach hyperplasiert. Virchow sagt von ihrem Verlauf: Vom anatomischen Gesichtspunkte aus bieten die Lymphdrüsen anfangs eine irritative Schwellung mit Hyperämie, stärkerer seröser Durchtränkung und Vergrösserung der Lymphzellen; die vergrösserten Drüsenfollikel treten als grauweissliche Punkte vor. Im weiteren Verlauf nimmt die Hyperämie ab, und im Stroma entwickelt sich neues Bindegewebe, wodurch ein mehr gleichmässiges, weissliches Aussehen resultiert. Bei dem langsamen Verlauf kommt es zu einer unvollständigen fettigen Metamorphose mit Eindickung, der sogenannten käsigen Metamorphose. Das Aussehen der Drüsen schildert Virchow dann als äusserlich weisslich, fast markig; dasselbe Bild, welches wir im Lancereauxschen Falle haben.

Die besonders starke Anschwellung der präaurikularen und der übrigen in der Nähe liegenden Drüsen fanden wir in den 5 Fällen von Frühsyphilis. Dass diese Drüsen mitunter vereitern, haben wir oben gesehen.

Klinischer Verlauf und Symptome.

Die Entwickelung der syphilitischen Speicheldrüsentumoren nimmt in den meisten Fällen etwa 2—3 Monate in Anspruch. Zuerst haben die Kranken gar keine Be-

schwerden, meist wissen sie garnichts von der Erkrankung. Erst wenn diese weiter vorgeschritten ist, und die Prominenz des Tumors auffällt, stellen sich Beschwerden beim Sprechen, Schlingen, Kauen ein. In einigen Fällen wurden die Patienten durch starke Salivation belästigt. Die spontane Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit der Geschwulst ist in den meisten Fällen sehr gering, doch haben wir sowohl im frühsyphilitischen, als auch im spätsyphilitischen Stadium Ausnahmen davon gesehen.

Die Ausdehnung der Geschwulst schwankt zwischen Nuss- und Apfelgrösse. Hat die Geschwulst nun ihren Höhepunkt erreicht, so kommt es in einigen Fällen zur vollständigen oder teilweisen Erweichung, die zum Durchbruch, ulcerösen Prozessen und Speichelfisteln führen kann. Die Geschwulst ist meist auf ihrer Unterlage nur schwer verschieblich, an der Oberfläche ist sie nicht selten mit der Haut verwachsen. Die Konsistenz der Geschwulst ist meist hart, die Oberfläche drusig, die Ränder scharf abgrenzbar.

Die Diagnose ist von grosser Wichtigkeit, vor allem, damit man bei der sicheren Diagnose des syphilitischen Charakters die gefährlichen und schwierigen chirurgischen Eingriffe vermeiden kann.

Doch ist es sehr schwierig, aus den Symptomen, die wir eben kennen gelernt haben, den syphilitischen Charakter der Erkrankung zu erkennen. Es muss daher eine genaue Untersuchung des Patienten auf Syphilis und eine genaue Anamnese in dieser Richtung zu Hilfe kommen. Mit Ausnahme des Falles von hereditärer Lues, haben wir ja in allen Fällen neben den Speicheldrüsenaffektionen auch sonstige Eruptionen von Syphilis gefunden; in den Fällen von Spätsyphilis waren es Geschwüre, Gummigeschwülste, Infiltrate im Halse, in der Nase u. s. w., bei den frühsyphilitischen frische Exantheme, die die Diagnose erleichterten. Bei fehlenden augenblicklichen Eruptionen ist es jedoch auch möglich, aus alten syphilitischen Schwielen, Narben, Exostosen, Knochendefekten u. s. w. unter Zu-

hilfenahme einer genauen Anamnese die Diagnose zu stellen.

Jedenfalls muss man, wenn nicht irgend eine andre Diagnose zweifellos richtig gestellt ist, bei der derben Konsistenz, der geringen Empfindlichkeit einer Geschwulst und dem Mangel akuter Entzündungserscheinungen immer an Syphilis denken.

Eine gute Kontrolle der Diagnose haben wir in dem Erfolg einer antiluetischen Kur.

Differentialdiagnostisch kommt es auf zwei Punkte an. 1. Handelt es sich um Syphilis oder eine andere Geschwulst? 2. Wenn es sich um Syphilis handelt, ist die betreffende Speicheldrüse selbst ergriffen, oder nur darüber liegende Lymphdrüsen?

Bezüglich des ersten Punktes kommen entzündliche Tumoren und echte Tumoren in Betracht.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den syphilitischen Speicheldrüsengeschwülsten und den echten Tumoren ist die Dauer der Entwickelung. Die wahren Geschwülste entwickeln sich ungleich viel langsamer. Die Patienten bemerken eine Schwellung, die im Laufe von Monaten und und Jahren ganz allmählich grösser wird. Erst wenn sie Nussgrösse erreicht hat, gehen die Kranken zum Arzt, oder wenn sie plötzlich beginnt, grösser zu werden. Aber auch dieses plötzliche Grösserwerden dauert doch bedeutend länger, als die Entwickelung der syphilitischen Speicheldrüsengeschwülste, bei denen es sich meist nur um 2—3 Monate handelt.

Die Beziehung der Geschwulst zu der Umgebung lässt sich nur wenig oder gar nicht differentialdiagnostisch verwerten.

Die benignen Endotheliome, Myxome, Fibrome, Enchodrome u. s. w., die schon wegen ihrer langsamen Entwickelung wenig in Betracht kommen, unterscheiden sich auch noch dadurch von den syphilitischen Geschwülsten, dass sie auf ihrer Unterlage meist gut verschieblich sind, während die syphilitischen Speicheldr.-Geschwülste die Beweglichkeit

meist vermissen lassen. Mit den bösartigen Tumoren, die viel eher in Betracht kämen, haben sie dieses Symptom gemein. Hier dürfte die Diagnose auf Schwierigkeiten stossen, und es müsste in zweifelhaften Fällen eine antiluetische Kur ausschlaggebend sein,

Die Unterscheidung von den akuten Speicheldrüsenentzündungen dürfte wohl wenig Schwierigkeiten machen, wenn man das Fieber und den akuten schnellen Verlauf in Betracht zieht.

Weit schwieriger ist dagegen die Unterscheidung von den chronischen Entzündungen.

In der Einleitung habe ich bereits auf 2 von Küttner beschriebene Fälle von chronisch entzündlichen Tumoren der Submaxillaris hingewiesen, die sich mikroskopisch nur wenig von der chronisch hyperplastischen Form der Syphilis unterscheiden, dagegen durch ihre jahrelange Entwickelungsdauer sich auszeichneten.

Ferner ist die Unterscheidung von Tuberkulose nicht leicht. Es sind zwar erst 2 Fälle von Tuberkulose der Parotis bekannt (von Stubenrauch und Bockhorn), doch bieten diese manche Uebereinstimmungen mit der Parotitis syphilitica. Die einige Wochen dauernde Entwickelung, die anfängliche Schmerzlosigkeit, die Beschwerden beim Kauakte fanden wir auch bei unsern Fällen von Syphilis; dagegen wurde nachher die Geschwulst sehr schmerzhaft, von der stark gespannten Haut liess sich keine Falte aufnehmen, die Konsistenz war prall, Fingereindrücke blieben bestehen, im Eiter fanden sich T. B.-Bacillen, so dass die Diagnose Tuberkulose sicher ist.

Hier wird bei der Differentialdiagnose die genaue Untersuchung in beiden Richtungen die Hauptsache sein.

Auch die Aktinomykose findet sich nicht selten in der Wange lokalisiert, doch ist diese Erkrankung an der brettharten geröteten Haut mit den vereinzelten typischen Erweichungsherden und dem Befunde der Actinomycesdrusen von den syphilitischen Affektionen zu unterscheiden.

Ist nun der syphilitische Charakter der Erkrankung sichergestellt, so kann noch die genaue Bestimmung des Sitzes Schwierigkeiten machen; diese Frage kommt hauptsächlich bei der Parotis in Betracht. Denn wie auch bei anderen Geschwülsten der regio parotidea lässt es sich auch hier schwer unterscheiden, ob die Parotis selbst oder nur die darüberliegenden Lymphdrüsen oder, wie in den meisten frühsyphilitischen Fällen beide ergriffen sind. Wenn man hier nicht die Lymphdrüsen durch Palpation abgrenzen oder über der Parotis verschieben kann, diese demnach unter den Lymphdrüsen durchfühlt, so ist die Unterscheidung eventuell unmöglich.

Doch hat dies weder für die Therapie noch für die Diagnose besondere Bedeutung.

Therapie: Bei sicher gestellter Diagnose ist die Wahl der Therapie leicht. Die Behandlung ist zweckmässigerweise eine doppelte. Einmal die lokale Behandlung der Geschwulst, am besten durch Quecksilberpflaster, dann eine energische Allgemeinbehandlung. Diese richtet sich natürlich nach dem Stadium der Krankheit. Bei Fällen von Frühsyphilis, die, wie wir oben gesehen, meist zusammen mit Roseola oder andern sekundären Exanthemen auftreten und daher leicht zu erkennen sind, ist eine Quecksilberkur anzuraten. Bei Spätsyphilis ist die Jodkalibehandlung erfolgreich. Am zweckmässigsten dürfte wohl in jedem Falle eine Kombination beider Behandlungen sein.

Die Prognose ist nach dem Verlauf der bisherigen Fälle durchaus günstig zu stellen; selbst da, wo schon Erweichung vorhanden war, heilte die Erkrankung ohne jeden chirurgischen Eingriff in kurzer Zeit.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. E. Lesser für die gütige Ueberlassung des Falles und die liebenswürdige Durchsicht der Arbeit, sowie Herrn Dr. Buschke für seine freundliche weitgehende Unterstützung bei der Anfertigung der Dissertation an dieser Stelle meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Bockhorn. Ein Fall von Tuberculose der Parotis. Inaug. Dissert. Berlins.

Cooper. Syphilis.

Fournier, Dégénerescense syphilitique de la glande sublingual. Ann. de Dermatol. et Syph.

Hartmann, Beitrag zur Kenntnis der Speicheldrüsentumoren. Inaug.-Dissert. München.

Kaposi. Pathologie und Therapie der Syphilis.

Kaufmann. Parotissarkom.

Küttner. Ueber entzündliche Tumoren der Submaxillaris. Beitr. zur klin. Chirurgie von Bruns.

Küttner. Die Geschwülste der Submaxillarspeicheldrüse. Beitr. zur klin. Chirurgie v. Bruns.

Lancereaux. Traité de la syphilis.

Lang. Pathologie und Therapie der Syphilis.

L. Mandowsky. Ein seltener Fall von Geschwulstbildung in der Parotis. Aerztlicher Praktiker.

Dr. Nasse. Die Geschwülste der Speicheldrüsen und verwandte Tumoren des Kopfes. Arch. für klin Chir.

Neumann. Ueber Syphilis der Parotis und glandula sublingualis. Arch. für klin. Chirurgie.

v. Stubenrauch. Ueber einen Fall von tuberkulöser Parotitis. Arch. f. klin. Chirurgie.

Tillmanns. Lehrbuch der speziellen Chirurgie.

Verneuil. Centralblatt der Chirurgie 1876.

Rud. Volkman. Ueber endotheliale Geschwülste. Deutsche Zeitschr. für Chir.

Virchow. Die krankhaften Geschwülste.

Ziegler. Lehrbuch der allgemeinen und speziell. patholog. Anatomie.

Thesen.

I.

Die syphilitischen Speicheldrüsenaffektionen kommen im Stadium der Frühsyphilis, der Spätsyphilis und der hereditären Syphilis vor.

II.

Bei hartnäckiger Furunkulose ist die innere Darreichung des Arsen zu empfehlen.

III.

Das ausschliessliche Barrenturnen ist gesundheitsschädlich.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Ernst Otto Wilhelm Koschel, evangelischer Konfession, Sohn des Geheimen Baurats Koschel, wurde am 21. V. 1875 zu Hannover geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Askanischen Gymnasium zu Berlin, welches er zu Ostern 1894 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Hierauf wurde er in das damalige königliche medicinisch-chirurgische Friedrich-Wilhelms-Institut, die jetzige Kaiser-Wilhelms-Akademie aufgenommen. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 1. Oktober bei der V. Kompagnie des Kaiser Aexander-Garde-Grenadier-Regiments No. 1. Am 26. II. 1896 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 4. II. 1898 das Tentamen medicum und am 11. II. 1898 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Kliniken, Kurse und Vorlesungen folgender Herren:

v. Bergmann, du Bois-Reymond(†), Blasius, Engler, Ewald, Fischer, B. Fränkel, Gerhardt, Goldscheider, Grawitz, Gurlt, Gusserow, Hertwig, Israel, Jolly, R. Köhler, König, Köppen, Lesser, v. Leyden, Liebreich, Olshausen, Oppenheim, Rubner, Salkowski, Schulze, Schweigger, Schwendener, Strassmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen ehrerbietigsten Dank aus.